

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E
ESCLARECIDO PARA TRAQUEOSTOMIA

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº da Internação:

Por este instrumento particular o (a) paciente ou seu responsável, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento designado "TRAQUEOSTOMIA", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declaro, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor, e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Complicações: Intra-operatórias: hemorragias, embolia gasosa, pneumotórax, pneumomediastino, lesão de esôfago, lesão de traqueia, lesão de nervo recorrente, falso trajeto da cânula, trauma dentário, edema falso de glote, aspiração de corpo estranho, lesão da tireoide. Pós-operatórias: infecção, traqueíte, celulite cervical, mediastinite, pneumonia, abscesso pulmonar, colonização bacteriana, enfisema subcutâneo, obstrução da cânula por secreção espessa, edema agudo de pulmão, deslocamento da cânula, distúrbios de deglutição, hematoma. Tardias: traqueomalácia, granulomas, estenose subglótica e traqueal, fístula traqueocutânea e traqueoesofágica, aspiração e obstrução da cânula.

Declaro ter recebido do médico(a) todas as explicações necessárias e claras quanto à metodologia, riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos citado acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Tive acesso ao texto, na íntegra, dos Termos de Consentimento específicos, demonstrados pelo médico(a).

Declaro que entendi adequadamente todas as informações recebidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que o médico tem responsabilidade de meios e não de fins. Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condições.

Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, cientificado(a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA TRAQUEOSTOMIA

CONSENTIMENTO para a realização dos procedimentos destacados acima, por indicação do profissional referido e extensivo à sua equipe.

Sapiranga, _____ de _____ de 20____.

Nome completo do
Paciente ou Responsável***:

Assinatura:

CPF:

***Quando o paciente for menor de 18 anos, possuir responsável legal ou não estiver em condições de discernir e/ou assinar este documento.

Campo abaixo para uso do **Médico responsável** pela aplicação do termo de consentimento informado:

Confirmando que expliquei o diagnóstico e todo o procedimento a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com meu entendimento, paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do médico:

Consentimento informado não obtido: Emergência Hora: _____ Data: ____/____/____

Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei em prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar a situação clínica do paciente em questão.

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento